

Министерство здравоохранения РСФСР  
Свердловский государственный медицинский институт

На правах рукописи

**В. М. АЗАРКИНА**

**ИНТУБАЦИЯ ПРИ НЕУДАЛИМЫХ  
ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА  
И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

(14.763 — Онкология)

Диссертация написана на русском языке

**А в т о р е ф е р а т**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Свердловск, 1971 г.

Министерство здравоохранения РСФСР  
Свердловский государственный медицинский институт

На правах рукописи

В. М. АЗАРКИНА

ИНТУБАЦИЯ ПРИ НЕУДАЛИМЫХ  
ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА  
И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА  
ЖЕЛУДКА

(14.763 — Онкология)

Диссертация написана на русском языке

А в т о р е ф е р а т  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Свердловск, 1971 г.

Свердловский городской онкодиспансер (главный врач **Л. Ю. Троицкий**) и медслужба УВД Свердловского облисполкома (начальник — заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук **П. И. Довгопол**).

Научный руководитель — заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АМН СССР, профессор **А. Т. Лидский**.

### ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ

1. Доктор медицинских наук, профессор **М. И. Сахаров**.
2. Кандидат медицинских наук, доцент **Н. П. Макарова**.

Внешний отзыв дан Куйбышевским государственным медицинским институтом.

Автореферат разослан 25 декабря 1971 г.

Защита диссертации состоится 25 января 1972 года на заседании клинического Ученого совета Свердловского государственного медицинского института. Адрес: ул. Репина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке медицинского института. Адрес: Ул. Ермакова, 17.

**Ученый секретарь совета доцент З. М. Мельникова.**

За последнее десятилетие, с развитием торакальной хирургии и анестезиологии, в хирургии рака пищевода и кардиального отдела желудка достигнуты большие успехи. Однако статистики ведущих хирургических клиник как отечественных, так и зарубежных свидетельствуют о том, что не более 20—40 процентов больных раком этих локализаций могут быть радикально оперированы. Имеются многочисленные противопоказания для выполнения радикальных операций по поводу рака пищевода и кардиального отдела желудка у больных старше 60 лет, а именно эта возрастная группа составляет большинство заболевших. Особенно тяжело такие больные переносят трансторакальные операции. Так, по данным Б. В. Петровского (1956), при раке пищевода было радикально оперировано 9,7 процента, а при раке кардии — 26,5 процента больных. По данным А. А. Полянцева (1960), общий процент радикальных вмешательств на всех отделах пищевода колеблется от 25 до 40 процентов. По данным Ю. Е. Березова и Е. В. Потемкиной (1961), резектабельность при раке пищевода 25,2 процента по отношению ко всем наблюдавшимся. В. С. Рогачева (1968) сообщает, что из 662 больных при раке пищевода радикальная операция оказалась возможной только у 130 (19,6 процента). По данным А. А. Шалимова (1969), радикальные операции оказались возможными у 39,7 процента больных при раке пищевода и у 35,9 процента больных при раке кардиального отдела желудка из числа поступивших в клинику.

В случаях отказа больного и воздержания врача от радикальной операции основным методом лечения при раке пищевода является лучевая терапия, которая у ряда больных приводит к уменьшению размеров, а иногда и к полному исчезновению рентгенологических признаков опухоли. Однако в настоящее время имеются уже обширные литературные данные, говорящие о том, что лучевая терапия при раке пищевода дает лишь временный эффект, хотя, несомненно, продлевает жизнь больного (А. И. Рудерман, В. Г. Герасимьяк, Н. М. Палладиева, А. В. Козлова, З. Ф. Лопаткина, И. А. Пересле-

гин, А. И. Барханов и др.). Химиотерапия при раке пищевода в большинстве случаев также не дает стойкого выздоровления.

Все перечисленные выше обстоятельства ставят перед врачами со всей остротой проблему помощи той многочисленной группе больных раком пищевода и кардиального отдела желудка, которым не может быть проведено радикальное лечение.

Для облегчения страданий этих больных предложены различные паллиативные операции, основной целью которых является устранение дисфагии и избавление больных от мучительного чувства голода и жажды.

Паллиативные операции должны быть технически просты, давать минимальную смертность и малое количество осложнений. Наиболее предпочтительны те операции, которые дают возможность питаться больным через рот. До последнего времени чаще других паллиативных операций применялась операция гастростомии, которая во всех своих многочисленных вариантах не свободна от многих недостатков: частое нарушение герметизма свища с вытеканием желудочного содержимого, необходимость частых перевязок и ношения резиновой трубки, исключение питания через рот. Все это не удовлетворяет ни врача, ни больного и ограничивает применение этой паллиативной операции. Операции обходных эзофагогастро- и эзофагоэуаноанастомозов очень тяжелы для ослабленных, истощенных раковых больных. Послеоперационная летальность после этих операций до последнего времени остается высокой, поэтому применение их ограничено. Операции хиатотомии и диафрагмо-куро-ваготомии также достаточно сложны и в большинстве случаев дают лишь временный эффект.

За последние годы при неудаляемых раках пищевода и кардиального отдела желудка все чаще стала применяться операция интубации опухоли различными протезами. Поставив себе целью оказание помощи тяжелой группе неоперабельных больных раком пищевода и кардиального отдела желудка, мы решили изучить методику и способы операции интубации и применить ее у больных.

Были поставлены следующие задачи: 1. Освоить эзофагоскопию и биопсию опухолей пищевода под местной анестезией и эндотрахеальным наркозом. 2. Освоить необходимый для интубации инструментарий и способы приготовления полиэтиленовых трубок. 3. Подробно разработать показания и про-

тивопоказания к операции интубации. 4. Освоить различные методы интубации и дать им клиническую оценку. 5. Выяснить целесообразность торакотомии при интубации рака пищевода и целесообразность лапаротомии при интубации рака кардиального отдела желудка. 6. Выяснить причины перфораций стенки пищевода при бужировании и интубации опухолей с изучением гистологической картины опухоли пищевода и стенки пищевода над опухолью. 7. Изучить все возникающие при интубации осложнения, их причины и предупреждение. 8. Проверить судьбу интубационных трубок в организме интубированных больных. 9. Изучить отдаленные результаты после операции интубации у больных раком пищевода и кардиального отдела желудка.

Первое упоминание об операции интубации относится к 1845 году, когда Лерей Д'Етиоль сделал попытку провести в суженный раковой опухолью участок пищевода декальцинированную трубчатую кость. Попытка эта не увенчалась успехом. В последующие годы появляются работы по интубации при неудаляемых опухолях пищевода других авторов: Симоне (1885), Суттар (1924), Браун (1949), Резано (1951). С 1952 года появляются работы, в которых в качестве материала для интубационных трубок используются пластические массы: Кропф, Жуанвиль, Легран (1952), Леборн (1958), Маклер и Майер (1954), Хеймлик, Гринлес, Вайнфильд (1956), Вейзель, Райне, Уатсон, Фредерик (1959), Селестин (1959), Роман Серафин (1962) и другие.

В Советском Союзе первую интубацию произвел Е. Н. Мешалкин 22 апреля 1957 года при раке кардиального отдела желудка. В январе 1958 года интубация была произведена А. А. Вишневым больному с неудаляемым раком пищевода. В последующие годы появляются сообщения и других авторов об операции интубации при неудаляемых раках пищевода и кардии: А. А. Вишневский и Т. Т. Даурова (1963), И. А. Медведев и В. И. Францев (1958), Е. М. Боровой (1959), И. М. Бородин (1963), М. В. Даниленко и А. Я. Фищенко (1960), Л. Г. Харитонов (1963), А. У. Краснер (1963), А. А. Шайн (1965), В. И. Шапошников (1966), Н. А. Свиридов (1966), Г. Л. Ратнер и В. К. Заславский (1965).

Операция интубации или реканализации при неудаляемых раках пищевода и кардиального отдела желудка имеет существенные преимущества перед другими паллиативными операциями, так как она дает возможность больному свободно питаться через рот, в большинстве случаев проста в техническом исполнении, особенно бескровные методы ее. Однако

эта операция имеет строго определенные показания и противопоказания, что сравнительно мало отражено в литературе. Метод этот, подкупающий своей простотой, осуществим далеко не у всех больных и порой таит в себе тяжелые осложнения.

Все авторы, применяющие операцию интубации, придерживаются единого мнения: интубация показана только тогда, когда больному невозможно выполнить радикальную операцию. Противоречивые мнения в литературе о противопоказаниях к операции интубации касаются в основном выбора доступа для введения интубационной трубки: 1) бескровный доступ при эзофагоскопии, 2) кровяные доступы путем лапаротомии, 3) торакотомии, 4) шейной эзофаготомии. Разные авторы используют более широко тот или другой доступ. Естественно, авторы, которые вводят протезы только при операции лапаротомии или торакотомии, ограничивают показания к интубации более, чем авторы, широко применяющие бескровную интубацию при эзофагоскопии.

В согласии с другими авторами мы считаем, что прямыми противопоказаниями к выполнению операции интубации являются: 1. расположение опухоли в шейном отделе пищевода; 2. язвенно-инфильтративные формы рака пищевода и расположение опухоли не циркулярно, а на одной из стенок его; 3. значительное поражение опухолью по длиннику пищевода, без заметного сужения его просвета; 4. тотальное поражение опухолью желудка; 5. наличие метастазов или прорастание рака пищевода в зону возвратного нерва с расстройством акта глотания и аспирацией пищи в трахею; 6. терминальное состояние больных.

Относительными противопоказаниями для интубации, требующими индивидуального подхода в каждом отдельном случае, следует считать: 1. наличие у больного аневризмы аорты; 2. резкие деформации позвоночника; 3. наличие пищеводно-легочных свищей.

Предшествующая лучевая терапия, кахексия и расположение опухоли к кардинальному отделу желудка не являются противопоказанием для интубации.

Работа основана на пятилетнем опыте лечения 124 больных. Из них рак пищевода был у 69 больных, рак кардинального отдела желудка у 53 больных и рецидив рака в области пищеводно-кишечного анастомоза у двух больных. Мужчин было 81, женщин 43.

Средний возраст больных раком пищевода, поступавших для интубации, был равен 65 годам, наименьший — 50 лет.

наибольший — 85 лет. Средний возраст больных раком кардиального отдела желудка был 59,7 года, самому молодому больному было 36 лет, наибольший возраст — 77 лет. Двое больных, поступивших для интубации по поводу рецидива рака в области пищеводно-кишечного анастомоза после ранее произведенной операции тотальной гастрэктомии, были в возрасте 43 и 60 лет. Во II стадии заболевания было 2 человека, в III стадии — 50 человек и в IV стадии — 70 человек.

Больные тщательно обследовались и только после решения вопроса о невозможности у них радикальной операции подвергались паллиативному лечению. В клинической картине у больных, поступавших для интубации, наиболее выраженным симптомом была дисфагия. II степень дисфагии по классификации В. П. Клещевниковой была только у 4 больных раком кардиального отдела желудка. III степень дисфагии наблюдалась у 11 больных раком пищевода и 14 больных раком кардиального отдела желудка. IV степень дисфагии была у 46 больных раком пищевода и 21 больного раком кардиального отдела желудка. V степень дисфагии была у 15 больных раком пищевода и 14 больных раком кардиального отдела желудка. Продолжительность дисфагии у больных до момента поступления в стационар для операции интубации была различной. Наименьшая продолжительность дисфагии при раке пищевода была 1 месяц, наибольшая — 2 года. При раке кардиального отдела желудка наименьшая — 1,5 месяца, наибольшая — 1 год 7 месяцев.

Из 124 больных, находившихся на обследовании и лечении, интубация произведена 110 раз у 105 больных. При раке пищевода интубирован 51 больной, из них двум больным в последующем были произведены повторные интубации. При раке кардиального отдела желудка интубированы 52 больных, из которых один больной в последующем был интубирован повторно. При рецидиве рака в области пищеводно-кишечного анастомоза интубация произведена двум больным. Одному из них в последующем интубация была произведена еще два раза. Не интубированы 19 больных. Причины отказа от интубации следующие:

1. Локализация опухоли в шейном отделе пищевода — 1;
2. Сдавление пищевода выше опухоли метастатическими лимфоузлами — 2;
3. Язвенные формы рака пищевода — 1;
4. Нестенозирующие формы рака пищевода — 5;



5. Полный стеноз просвета пищевода опухолью и невозможность расширения опухолевого канала — 2;
6. Проращение опухолью возвратного нерва — 1;
7. Наличие пищеводно-бронхиального свища — 1;
8. Тотальное поражение опухолью желудка — 1;
9. Отказ больного от интубации — 5.

Лучевая терапия была проведена 14 больным с локализацией опухоли в верхней и средней трети пищевода. Лечение проводилось на аппарате ГУТСо-400, с 4-х полей. Доза на очаг до 6000 рад. Закончили лечение 11 больных. Трое больных не закончили лечения ввиду ухудшения общего состояния и наступившей непроходимости пищевода. Ближайшие хорошие результаты после лечения были получены у двух больных; рецидивы опухоли у них возникли через 11 и 13 месяцев. Удовлетворительные результаты получены у 7 больных. Рецидивы опухоли у них были отмечены через 4 и 6 месяцев. Лечение без эффекта у двух больных.

Химиотерапия с применением колхамина и сарколизина при раке пищевода проведена у 22 больных. Ухудшение состояния, потребовавшее прекращения химиотерапии, было отмечено у 4 больных. Лечение без эффекта — у 7 больных. Улучшение общего состояния и уменьшение опухоли рентгенологически было у 6 больных. При раке кардиального отдела желудка в послеоперационном периоде, если позволяло общее состояние больного, проводилась химиотерапия препаратами тио-, тэф- и 5-фторурацил. Широко в стационаре и в поликлинике проводилась медикаментозная и солевая терапия.

За время работы был освоен метод эзофагоскопии под местной анестезией двухпроцентным раствором дикаина и под интратрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Всего произведено 224 эзофагоскопии, из них под местной анестезией — 168. Осложнений при эзофагоскопии не было.

При раке пищевода биопсия опухоли с последующим гистологическим анализом произведена у 45 больных. Не удалось произвести биопсию опухоли при эзофагоскопии у 4 больных с очень плотными, склерозирующими формами рака пищевода. У двух больных биопсия опухоли не была произведена из-за тяжелого общего состояния. При гистологическом анализе биопсийного материала плоскоклеточный рак без ороговения был в 16 случаях, плоскоклеточный рак с ороговением в 26 случаях, аденокарцинома в 3 случаях.

Подготовка больного к операции интубации начиналась с первого дня поступления в стационар, параллельно с обслед-

дованием. В зависимости от общего состояния больного, степени стеноза пищевода и характера предполагаемого вмешательства она длилась от 2—3 дней до 7—8 дней. Всем больным с первого дня поступления назначалась высококалорийная диета в жидком виде. Пищу больные принимали 5—6 раз в сутки.

При выраженной степени стеноза пищевода или кардии, когда больной не может принимать даже жидкую пищу, назначались ежедневно внутривенные или подкожные капельные вливания физиологического раствора, 5-процентного раствора глюкозы, кровозаменителей, плазмы.

Всем больным перед операцией назначался прием внутрь растительного масла по 1 столовой ложке 3—4 раза в сутки. При наличии лихорадки, выраженных явлений эзофагита больным проводилось лечение антибиотиками. При больших супрастенотических расширениях пищевода и застое там пищевых масс больным назначался прием содового раствора (1 чайная ложка соды на стакан воды) по  $\frac{1}{4}$  стакана 3—4 раза в день.

Набор инструментария для интубации состоит из эзофагоскопа Мезрина, набора пищеводных бужей, толкателей и интубационных трубок. Для интубации, проводимой по нити-направителю, применяются пищеводные бужы с отверстием на дистальном конце, через которое проводится нить. Для интубации как опухоли пищевода, так и кардиального отдела желудка мы применяли гладкую полиэтиленовую трубку, изготовленную на Свердловском заводе по производству синтетических, пластических масс, а также гофрированные трубки из лавсана, выпускаемые экспериментальным цехом лентоткацкой фабрики г. Ленинграда. Длина интубационной трубки выбирается индивидуально для каждого больного и должна быть больше протяженности опухоли на 3—4 см. Внутренний диаметр полиэтиленовых трубок равен 1,0 см, толщина стенки их 0,1 см. Такой просвет трубки позволяет больному, хорошо измельчая пищу, находиться на общем столе. Гофрированные трубки из лавсана имеют различный диаметр от 0,8 до 1,5 см. Для предотвращения смещения полиэтиленовой трубки из опухолевого канала вниз на проксимальном конце ее формируется раструб. Для этой цели применяются латунные наконечники с головкой в виде конуса под углом в  $90^\circ$  и  $120^\circ$ . Латунный конус нагревается, а конец полиэтиленовой трубки погружается в кипящий глицерин на 2—3 секунды. Затем этот конец трубки надвигается на нагретый конус и по конусу формируется раструб, приобретая его форму. В этот

момент трубку и конус нужно быстро охладить под струей холодной воды. Нижний конец полиэтиленовой трубки затачивается острым скальпелем для уменьшения его наружного диаметра и оплавляется паяльником. Гофрированные трубки из лавсана на оральном конце имеют мягкий растроб.

При раке пищевода в настоящее время находят применение 4 способа интубации: 1. бескровная интубация; 2. интубация путем шейной эзофаготомии; 3. интубация при торакотомии; 4. интубация при лапаротомии.

Метод бескровной интубации при эзофагоскопии предпочтительнее других, так как он легче всего переносится ослабленными раковыми больными. Бескровную интубацию можно проводить под общим эндотрахеальным наркозом и под местной анестезией. Наиболее показанными для бескровной интубации являются опухоли верхней и средней третей пищевода.

Мы производим бескровную интубацию при раке пищевода под местной анестезией 2-процентным раствором дикаина с премедикацией 1,0 мл 0,1-процентного раствора атропина и 1,0 мл 2-процентного раствора промедола. Местная анестезия обеспечивает совершенную безболезненность этой манипуляции. Большое преимущество местной анестезии состоит в том, что она позволяет следить за состоянием интубированного больного и немедленно после интубации взять его в рентгеновский кабинет для контроля стояния интубационной трубки.

По способу проведения пищеводного бужа и расширения опухолевого канала метод бескровной интубации делится на: 1. бескровная интубация с одномоментным расширением опухолевого канала; 2. бескровная интубация с постепенным расширением опухолевого канала; 3. бескровная интубация по нити-направителю с применением полых бужей.

В таблице 1 показаны методы интубации, которые мы применяли при неоперабельных раках пищевода.

Интубация при раке кардиального отдела желудка, по мнению всех авторов, применяющих эту паллиативную операцию, является делом более сложным, чем при раке пищевода. Применение бескровного метода интубации при раке кардиального отдела желудка должно быть ограничено. Бескровная интубация при эзофагоскопии под общим интратрахеальным наркозом была нами применена только в двух случаях у крайне ослабленных больных при раке кардии и при рецидиве рака в области пищеводно-кишечного анастомоза. Операция лапаротомии была бы для них крайне тяжела. Интубация

Таблица 1.

Локализация опухоли	Всего произведено интубаций	Способы интубации при раке пищевода				
		Бескровная интубация			Кровявая интубация	
		одномоментное расширение опухоли	последовательное расширение опухоли	по нити-направителю	при торакотомии	при лапаротомии
Верхняя треть пищевода	6	4	1	1		
Средняя треть пищевода	33	18	2	12	1	
Нижняя треть пищевода	14	5		5	1	3
<b>В с е г о</b>	<b>53</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

при торакотомии была произведена в двух случаях. Остальным больным при раке кардиального отдела желудка производилась интубация кровавым путем при лапаротомии.

В таблице 2 представлены методы интубации, которые применялись у больных с неудалимым раком кардиального отдела желудка и рецидиве рака пищеводно-кишечного анастомоза.

Таблица 2.

Локализация опухоли	Всего произведено интубаций	Методы интубации					
		бескровная интубация	кровявая интубация				по нити-направителю
			при торакотомии	способ толкани	способ протягивания	ретроградная трубчатая	
Кардиальный отдел желудка	53	1	2	29	4	3	14
Пищеводно-кишечный анастомоз	4	1		1	1		1
<b>В с е г о</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

В послеоперационном периоде после бескровной интубации больным первые 4—5 дней назначались антибиотики (пенициллин и стрептомицин), сердечные средства и двухпроцентный раствор промедола или пантопона по 1,0 мл два раза в сутки. Резко ослабленным и истощенным больным назнача-

лись внутривенные и подкожные капельные вливания физиологического раствора, пятипроцентного раствора глюкозы и белковых препаратов. Пить больному разрешается через 4—5 часов после интубации, жидкая пища назначается на следующий день, а более плотная на 3—4 день после интубации. Вставать и ходить после интубации, произведенной бескровным способом, больным разрешается через 3—4 часа.

Ведение послеоперационного периода после лапаротомии и интубации не отличается от ведения больных после лапаротомии, произведенной по другим показаниям. Если гастротомия не производилась, на следующий день после интубации больным разрешается пить и принимать жидкую пищу. С 3—4 дня разрешается более густая пища, затем больные переходят на обычное питание.

Послеоперационный период после интубации с лапаротомией и гастротомией производится так же, как после резекции желудка. При кровавой интубации, выполненной при торакотомии, на следующий день после операции больному разрешается пить, а со второго дня больной получает жидкую пищу, т. е. просвет пищевода мы не вскрываем. У этих больных все мероприятия в послеоперационном периоде направлены на регуляцию состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Контрольное рентгенологическое исследование пищевода для выяснения правильности стояния интубационной трубки после бескровной интубации производится на следующий день, а при сомнениях — сразу же вслед за интубацией. При кровавых способах интубации контрольное рентгенологическое исследование производится не ранее 9—10 дня после операции.

После бескровной интубации, при неосложненном послеоперационном периоде, больной выписывается из стационара на 6—7 сутки, после кровавой интубации на — 15—16 сутки. Если в послеоперационном периоде больному проводится лучевая терапия или химиотерапия, больной на более длительное время задерживается в стационаре.

Осложнения при интубации могут возникнуть как в процессе самой операции, так и в послеоперационном периоде. Об осложнениях при операции интубации пишут все авторы: И. А. Медведев и В. И. Францев, А. А. Вишневский и Т. Т. Даурова, А. У. Краснер, Л. Г. Харитонов, А. А. Шайн, Г. Л. Ратнер и В. К. Заславский, И. М. Бородин, Р. Серафин, Ватсон, Вейзель, Хеймлих и другие.

Самым серьезным осложнением, возникающим при инту-

бации, является перфорация стенки пищевода или желудка. Клиническими признаками перфорации пищевода являются рано появляющиеся боли за грудиной, гиперсаливация и подкожная эмфизема на шее. К более поздним симптомам относятся: повышенные температуры тела и высокий лейкоцитоз в крови. Ведущим в диагностике перфораций пищевода является рентгенологическое исследование, которое проводится с применением контрастных веществ.

Чаще всего перфорация стенки пищевода наступает при попытке проведения пищеводного бу́жа через узкий, извитой канал опухоли. Мы имели это осложнение у 5 больных и у 4-х из них перфорационное отверстие было в стенке пищевода у верхнего края опухоли.

В целях профилактики перфорации стенки пищевода необходимо производить бужирование опухоли пищеводными бужами очень осторожно, только при эзофагоскопии. До настоящего времени является спорным вопрос о ведении больных с перфорациями пищевода. Одни авторы придерживаются консервативной тактики, считая, что с применением антибиотиков можно купировать процесс и излечить больного. Другие авторы считают, что при перфорациях пищевода необходима срочная операция. Сторонников оперативного метода лечения перфораций пищевода становится все больше. При перфорациях в шейном и верхнегрудном отделах рекомендуется шейная медиастинотомия. При перфорациях в грудном отделе пищевода — чрезплевральная торакотомия, при перфорациях в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода — чрездиафрагмальная медиастинотомия по Б. С. Розанову.

Оперативное лечение нами было применено у трех из пяти больных с перфорациями пищевода. Двое из них поправились, один погиб. Двое больных, леченных только консервативно, погибли на вторые и третьи сутки после перфорации. У одной больной во время интубации произошел надрыв стенки пищевода над опухолью, больная погибла от медиастинита.

Неправильная установка трубки в опухолевом канале была в трех случаях. Это осложнение было ликвидировано повторной эзофагоскопией и повторной интубацией. Пролежень стенки пищевода от раструба интубационной трубки был у одного больного, больной погиб через три недели после интубации. •

Обильное кровотечение из опухоли отмечалось у двух больных. Один больной погиб, у другой больной кровотечение было остановлено применением гемостатических средств.

Смещение трубки в опухолевом канале с пролабированием ее в желудок было у 10 больных. Трех из них была произведена повторная интубация, у остальных, в результате распада опухоли, наступила проходимость пищевода для жидкой пищи. Регургитация трубки наблюдалась у двух больных. Трубки при эзофагоскопии были удалены; одному больному была произведена повторная интубация, второму произведена операция гастростомии.

Обрастание раструба интубационной трубки опухолевой тканью с закрытием ее просвета было у четырех больных. Из них у одного больного при повторной лапаротомии трубка была удалена и произведена повторная интубация. Другим больным при эзофагоскопии производилась электрокоагуляция опухоли над раструбом интубационной трубки.

Закупорка трубок пищевыми массами была у четырех больных. После интубации больные, получившие возможность питаться через рот, часто теряют всякую осторожность и начинают употреблять разнообразную пищу, мало измельчая ее. В таких случаях мы производили эзофагоскопию, удаляя куски пищи из трубки и промывали пищевод раствором риванола и физиологическим раствором. Всем интубированным больным советовали после еды выпивать стакан теплого чая.

Изучая причины осложнений, возникающих при интубации неудачных опухолей пищевода и кардиального отдела желудка, в частности причины перфораций стенки пищевода, мы отметили, что перфорации всегда наступали в стенке пищевода у верхнего полюса опухоли. Это заставило предположить, что стенка пищевода в этих участках изменена и неполноценна. Перфорации самой раковой опухоли пищевода мы не наблюдали.

С целью изучения состояния стенки пищевода над опухолью были исследованы пищеводы у 11 умерших больных. Из них рак верхней трети пищевода был в двух случаях; рак средней трети пищевода — в трех случаях; рак нижней трети пищевода — в двух случаях и рак кардии с переходом на пищевод — в четырех случаях. Больные погибли от различных причин, из них у 10 была операция интубации в различные сроки до смерти. Пищевод по возможности брался полностью от глотки до кардии, а при опухолях кардиального отдела желудка с частью желудка. Фиксировались препараты в десятипроцентном растворе нейтрального формалина. Кусочки вырезались из самой опухоли, из стенки пище-

вода непосредственно над опухолью и на расстоянии 4—5 см от края опухоли. После соответствующей обработки и обезвоживания кусочки заливались целлоидином и из них приготавлились срезы.

При локализации опухоли в верхней трети пищевода в обоих случаях был найден плоскоклеточный, ороговевающий рак. При локализации опухоли в средней трети пищевода в двух случаях был плоскоклеточный ороговевающий рак и в одном случае — плоскоклеточный рак без ороговения. При опухоли нижней трети пищевода в одном случае был плоскоклеточный рак без ороговения и в одном случае плоскоклеточный рак с ороговением. При опухоли кардии с переходом на пищевод гистологически в трех случаях мы имели аденокарциному низкой степени дифференцировки и в одном случае — слизистый рак.

При микроскопическом исследовании стенки пищевода над опухолью во всех участках и во всех слоях отмечались изменения, характерные для выраженного воспалительного процесса — эзофагита. Причем отмечено, что в участках стенки пищевода, взятых непосредственно над опухолью и на 2—3 см выше опухоли, воспалительные изменения выражены более резко, чем в более отдаленных от края опухоли участках пищеводной стенки. Изменения пищеводной стенки заключались в отечности тканей, полнокровии сосудов и полиморфизме клеток. Имелись дистрофические изменения слизистой оболочки, а в некоторых случаях и некроз ее. Большие воспалительные изменения наблюдались в подслизистом и мышечном слоях.

Изменения эти наблюдались в стенке пищевода как у больных, погибших в результате перфорации пищевода, осложнившейся медиастинитом, так и у больных, которым была ранее произведена интубация без осложнений, а также у больных, которые имели рак пищевода, но не были интубированы. Следовательно, нельзя было объяснить явлений воспаления в стенке пищевода выше опухоли присутствием интубационной трубки. Для подтверждения этого положения нами производились биопсии слизистой пищевода при эзофагоскопии у больных раком пищевода до интубации. Для гистологического исследования брались участки из опухолевой ткани, участок слизистой непосредственно над опухолью и на расстоянии 2—4—5 см от опухоли. Биопсии произведены у 9 больных с локализацией рака в нижней и средней трети пищевода. Осложнений при эзофагоскопии и биопсии



мы не имели. Препараты фиксировались и красились обычным способом. При гистологическом исследовании слизистой оболочки над опухолью были найдены выраженные воспалительные изменения: участки отека, ослизнения слизистой, инфильтрация лейкоцитами и лимфоцитами, периваскулярные скопления лейкоцитов. Эти выраженные воспалительные изменения стенки пищевода обуславливают ее неполноценность и могут быть причиной более частой перфорации даже при минимальных усилиях, именно здесь над опухолью.

Для интубации при дисфагии, вызванной раком пищевода или кардиального отдела желудка, поступали больные в преклонном возрасте, очень ослабленные и истощенные, с большим распространением процесса. Поэтому нельзя было ожидать большой продолжительности жизни после интубации. Из 105 интубированных больных были выписаны из стационара 98 человек. Умерли в послеоперационном периоде 7 человек. Общая послеоперационная летальность составляет 6,7%. Из них умерли непосредственно от причин, связанных с операцией интубации, 5 человек (4,8%). 2 человека умерли от интоксикации и диссеминации процесса.

Отдаленные результаты известны у 89 человек. Из них живы в срок от 1 месяца до 11 месяцев после интубации 9 человек. Из 80 умерших в условиях стационара умерло 6 человек. При патологоанатомических вскрытиях установлено обширное распространение процесса, прорастание опухоли в корень легкого, стенку аорты, в диафрагму, поджелудочную железу, с обширным метастазированием.

Стояние интубационной трубки в опухолевом канале было правильным. 74 человека умерли на дому и патологоанатомических вскрытий не было. Больные до конца жизни находились под наблюдением. Смерть у всех наступила при явлениях постепенного ухудшения общего состояния, нарастающей общей слабости, интоксикации, истощения.

Нарушения проходимости пищевода были у 10 человек в результате смещения интубационной трубки в канале опухоли, выпадения ее в желудок или обрастания опухолью раструба интубационной трубки. Двум больным из них потребовалось наложение гастростомы. У остальных 70 больных проходимость пищевода и трубки была хорошей, и они до роковой развязки свободно питались через рот.

Средняя продолжительность жизни у больных после интубации при неудаляемом раке пищевода равна 144 дням

(4,8 месяца). Средняя продолжительность жизни больных, интубированных по поводу рака кардиального отдела желудка составляет 220 дней (7 месяцев 10 дней). У больных раком пищевода, интубированных и получавших химиотерапию (колхамин и сарколизин), увеличения продолжительности жизни мы не отмечаем.

В группе больных, интубированных по поводу рака кардиального отдела желудка и получавших в послеоперационном периоде и в последующие месяцы жизни химиотерапию и магнезиальную терапию, отмечается увеличение продолжительности жизни после интубации. В среднем они жили 297 дней. По литературным данным, продолжительность жизни после интубации постоянными протезами при неудачных раках пищевода и кардии колеблется от 4 до 6,5 месяца, то есть не меньше, чем после других паллиативных операций, применяемых для ликвидации дисфагии. Это говорит о том, что проведение пищевода бужа через опухоль и пребывание интубационной трубки в опухоли не вызывает усиленного ее роста и метастазирования. По простоте же выполнения метод интубации значительно превосходит все другие паллиативные операции, а непосредственные результаты ее лучше и прежде всего она значительно улучшает моральное состояние больных. Операция эта в большинстве случаев до конца жизни обеспечивает питание больных через рот, создавая этим терпимые условия их существования в последние месяцы жизни и облегчает уход за этой группой крайне тяжелых больных.

## ВЫВОДЫ

1. Из-за позднего поступления больных в стационары и многочисленных противопоказаний к выполнению радикальных операций большое число больных раком пищевода и кардиального отдела желудка не могут быть радикально оперированы.

2. Лучевая терапия при раке пищевода с применением современных мощных источников излучения в некоторых случаях дает хорошие результаты, но имеет свои противопоказания и у большинства больных является только паллиативным методом лечения.

3. Результаты применения химиопрепаратов при раке пищевода пока еще неопределенны и требуют дальнейшего изучения, хотя в некоторых случаях химиотерапия оказывает хороший временный эффект.

4. Паллиативные операции, применяемые для ликвидации явлений дисфагии при раке пищевода и кардиального отдела желудка, требуют усовершенствования. Предпочтение должно быть отдано операции, более легко выполнимой и позволяющей больному питаться через рот.

5. Операция интубации при раке пищевода и кардиального отдела желудка имеет строго определенные показания и противопоказания к ее применению.

6. Операция интубации должна выполняться хирургом, хорошо владеющим методом эзофагоскопии и приемами операций на органах грудной и брюшной полостей.

7. Операция интубации при неудаляемых раках пищевода и кардии может повлечь за собой серьезные осложнения, к ликвидации которых всегда должен быть готов хирург, ее применяющий.

8. В стенке пищевода выше, опухоли в результате застоя пищи и присоединившейся инфекции развиваются выраженные воспалительные изменения, которые делают ее неполноценной, что может служить причиной перфораций при проведении пищевода бужа через канал опухоли.

9. Местная анестезия для выполнения эзофагоскопии и бескровной интубации при раке пищевода вполне достаточна, она обеспечивает полную безболезненность этих манипуляций.

10. Основным методом интубации при раке пищевода мы считаем бескровную интубацию под местной анестезией с проведением бужей по нити-направителю.

11. Торакотомия при раке пищевода мы считаем нецелесообразной, учитывая ее тяжесть для ослабленных, истощенных больных. Интубация должна завершить торакотомию, предпринятую с целью радикального удаления опухоли, если последнее оказалось невозможным.

12. При раках кардиального отдела желудка мы считаем показанной кровавую интубацию с лапаротомией.

13. Ретроградная интубация трубкой «бутои» может быть применена в случаях, где другие способы интубации невозможны.

14. При неудаляемых рецидивах рака в области пищеводно-кишечного анастомоза интубация полиэтиленовыми протезами должна считаться операцией выбора.

15. Для интубации при раке кардиального отдела желудка удобны гофрированные трубки из лавсана, благодаря своей эластичности и различному диаметру.

16. Непосредственная послеоперационная летальность после операции интубации ниже, чем после гастростомии или наложения обходных анастомозов.

17. Продолжительность жизни больных раком пищевода и кардиального отдела желудка после операции интубации не меньше, чем после других паллиативных операций.

18. Большинство интубированных больных до конца жизни сохраняют возможность свободно питаться через рот.

Основные положения диссертации изложены в следующих работах:

1. «Реканализация пищевода и кардиального отдела желудка при неудаляемых раках этой локализации». Тезисы докладов научной конференции, 1967, г. Свердловск, городская клиническая больница № 1.

2. «Трансабдоминальная реканализация при неудаляемых опухолях кардии и нижней трети пищевода». Вопросы клинической хирургии, 1970, том VIII, 430—434. Средне-Уральское книжное изд-во, г. Свердловск.

3. «Недостатки и осложнения операции реканализации при неудаляемых раках пищевода и кардии». Вопросы клинической хирургии, 1970, том VIII, 422—429. Средне-Уральское книжное изд-во, г. Свердловск.

4. «К вопросу о комплексном лечении больных раком желудка». Сборник научных трудов Свердловского медицинского института № 50, 1966, 144—152.

НС17856      30.XI-71 г.      Объем 1,25 п. л.      Зак. № 2542.

---

Тип. «Красный боец».

Тираж 200.